

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 4 janvier 1883, à 1 heure.

PAR FRANÇOIS JOUIN,

Né à Bourg-le-Roi (Sarthe), le 21 janvier 1854.

Ancien interne en médecine, en chirurgie et en accouchements des hôpitaux de Paris,
Médaille de bronze de l'Assistance publique (Internat, 1882).

DE LA

DILATATION IMMÉDIATE PROGRESSIVE

Président M. LE FORT, professeur.

Juges. MM. { GOSSELIN, professeur.
 { BOUILLY, RICHELOT, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

1883

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY

1887

1887

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY

1887

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY

1887

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883

THÈSE

N° 68

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 4 janvier 1883, à 1 heure.

PAR FRANÇOIS JOUIN.

Né à Bourg-le-Roi (Sarthe), le 21 janvier 1854.

Ancien interne en médecine, en chirurgie et en accouchements des hôpitaux de Paris,

Médaille de bronze de l'Assistance publique (Internat, 1882).

DE LA

DILATATION IMMÉDIATE PROGRESSIVE

Président M. LE FORT, professeur.

Juges : MM. { GOSSELIN, professeur.

{ BOUILLY, RICHELOT, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

1883
Par délibération en date du 9 décembre 1880, l'école a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BÉCLARD.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	SAPPEY.
• Physiologie.....	BÉCLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	JACCOUD.
	PETER.
	GUYON.
Pathologie chirurgicale.....	DUPLAY.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	ROBIN.
Opérations et appareils.....	LE FORT.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	BOUCHARDAT.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche	
• et des enfants nouveau-nés.....	PAJOT.
• Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	LASÈGUE.
	HARDY.
	POTAIN.
Maladies des enfants.....	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies	
de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	RICHEL.
Clinique chirurgicale.....	GOSSELIN.
	VERNEUIL.
	TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeurs honoraires :

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ÆRGER.	GAY.	LEGROUX	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHEL.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	• STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
FARABEUF, chef	JOFFROY.	RAYMOND.	
des travaux ana-	DE LANESSAN.	RECLUS.	
tomiques.			

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

• Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A M. FÉLIX BOULARD

Pharmacien de 1^{re} classe à Alençon,
Mon beau-frère et mon meilleur ami.

A MM. LES PROFESSEURS DE L'INSTITUTION
SAINT-PAUL A MAMERS

Respectueux hommage d'un ancien élève.

A M. LE DOCTEUR PAUL DESVEAUX

A MES AMIS

A M. LE DOCTEUR PÉAN

Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE DOCTEUR MESNET

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

(Externat, 1877).

M. LE PROFESSEUR PANAS

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

(Externat, 1879).

M. LE DOCTEUR MOREAU (de Tours)

Médecin de la Salpêtrière.

(Internat, 1879).

M. LE DOCTEUR OLLIVIER

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

(Internat, 1882).

M. LE DOCTEUR PORACK

Accoucheur de l'hôpital Saint-Louis.

(Internat, 1882).

MM. LES DOCTEURS BLUM, RICHELOT,
MARCHAND, PAUL MOREAU (de Tours)

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LE FORT

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

DE LA

DILATATION IMMÉDIATE PROGRESSIVE

INTRODUCTION.

Nous ne venons pas refaire l'histoire de la dilatation immédiate progressive, appliquée aux rétrécissements de l'urèthre, de ce procédé présenté à l'Académie de médecine en 1876, par son auteur, le professeur Le Fort. Discutée par tous les chirurgiens qui s'occupent spécialement des affections génito-urinaires, magistralement exposée dans deux thèses (1), dont une récente, celle de M. Jonathan Langlebert (2), cette question est maintenant trop connue pour nous retenir longtemps.

Ce que nous voulons montrer dans ce travail, c'est que le procédé peut être généralisé, que la dilatation immédiate progressive peut constituer une grande méthode opératoire applicable à un certain nombre d'atrésies organique

Voici, d'ailleurs, en quelle circonstance nous avons été amené à l'idée que nous développons aujourd'hui :

(1) Janicot. Thèse de Paris, 1877.

(2) J. Langlebert, Paris, 1877.

En juin 1880, un enfant de 13 ans, croyant boire du vin, avait précipitamment avalé une gorgée d'acide sulfurique. Naturellement sous l'influence de la cuisson déterminée par le contact de l'acide avec la muqueuse, le liquide corrosif avait été immédiatement rejeté. Il en était pourtant résulté un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage à sa partie supérieure, rétrécissement si considérable que, depuis cinq semaines, le malade n'avait pu absorber que des liquides. On l'amène à l'hôpital Beaujon, déjà très amaigri, dans le service de M. Le Fort, qui tente de dilater le conduit en passant dans le point rétréci des bougies de plus en plus volumineuses. Malheureusement, la réaction déterminée par l'opération est très vive, si bien qu'une première bougie retirée, l'on ne peut généralement en introduire une seconde, et que, finalement, il n'est plus même possible d'arriver tous les jours à faire le simple cathétérisme avec la plus petite bougie, quels que soient les stratagèmes auxquels on ait recours.

Voyant la difficulté, constatant que la striction spasmodique qui suit l'extraction de l'instrument est toujours considérable, nous nous demandons s'il ne vaudrait pas mieux profiter de l'instrument déjà passé pour en faire arriver de plus volumineux dans le rétrécissement, c'est-à-dire, en somme, pratiquer la dilatation immédiate, progressive de ce rétrécissement.

M. Le Fort, à qui nous soumettons l'idée, introduit immédiatement dans l'œsophage la bougie filiforme dont il se sert pour les rétrécissements de l'urèthre. Puis, fixant le cathéter métallique à cette bougie, il arrive sans difficulté sur le rétrécissement qu'il franchit successivement, avec ses trois dilateurs uréthraux.

Malgré l'imperfection des instruments faits pour un au-

tre canal, malgré leur courbure, particulièrement défectueuse dans le cas particulier, le résultat obtenu est merveilleux. Le soir, en effet, le malade peut absorber une côtelette.

Frappé de ce fait, nous prenons immédiatement la résolution de faire des recherches dans la voie nouvelle qu'il nous ouvrait. Mais, en résumé, c'est en voyant pratiquer l'opération du professeur Le Fort, en constatant les résultats merveilleux et constants qu'elle donne pour le plus grand nombre des cas de rétrécissement de l'urèthre, que nous avons été amené à l'idée de traiter d'autres rétrécissements par la dilatation immédiate progressive. C'est pendant notre année d'internat dans son service de Beaujon que, pour la première fois, nous avons vu dilater un œsophage par cette méthode nouvelle. C'est donc bien à M. Le Fort que la science est redevable de *l'idée générale de la dilatation immédiate progressive*. Pussions-nous en faire ressortir dans ce travail, peut-être encore prématuré, les avantages et les applications.

Avant d'entrer en matière, nous tenons à remercier également notre maître, M. Péan, dont les conseils judicieux et l'inappréciable complaisance nous ont si souvent servi dans nos recherches cliniques. Si nous pouvons déjà donner un certain nombre d'observations de dilatation immédiate progressive ; si la méthode ne se présente plus comme une simple vue théorique de l'esprit ; si nous en parlons enfin avec l'autorité indiscutable que donnent les faits, c'est assurément à notre éminent chef de service de l'hôpital Saint-Louis que nous devons en être surtout reconnaissant.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES. INSTRUMENTATION.

Après ce que nous venons de dire, nous n'avons pas besoin d'ajouter que nous serons bref sur l'*historique* de la question. Certes, on a préconisé de tout temps des procédés qui présentent, avec ceux de la dilatation immédiate progressive les plus grandes analogies. Nous aurons même l'occasion de montrer dans le cours de ce travail, que certains instruments agissent exactement suivant le principe de notre méthode générale. Mais exposer ici ces procédés, en présenter, depuis Hippocrate ou Galien, l'histoire et la critique, serait sortir du cadre de notre sujet. Nous nous garderons donc bien de le faire. Pour nous, la dilatation immédiate progressive devient méthode et prend rang dans la science en 1876. La faire dériver comme M. Langlebert de la dilatation permanente, et chercher son origine dans le passé de ce procédé c'est, à notre avis, tirer de la question ce qu'elle ne contient pas.

Au point de vue des *effets anatomo-physiologiques* de la dilatation immédiate progressive, nous aurons également peu de choses à exposer. Une seule de nos malades est morte, d'une affection étrangère d'ailleurs à l'opération. L'autopsie n'a malheureusement pu être pratiquée.

D'autre part, les expériences que nous avons entreprises sur les cadavres. ne nous ont rien donné. Les tissus morts, en effet, présentent une telle friabilité, que la dilatation en est toujours extrêmement facile, et qu'il n'est pas permis de conclure de ce que l'on observe alors à ce qui se passe sur le vivant.

Evidemment, nous aurions pu déterminer des rétrécissements artificiels sur des animaux, et étudier ainsi le mode d'action de nos instruments. Mais il nous a semblé que, même maintenu sur le terrain exclusif de la clinique, le sujet était déjà très vaste ; nous avons pensé, d'ailleurs, que les analogies demeurent assez éloignées, et que, pour nous servir d'une expression de M. Le Fort, l'expérimentation est toujours inférieure à l'expérience.

Nos observations sont nombreuses ; les conclusions qui en découlent seraient longues à exposer en détail. Nous nous en sommes donc tenu simplement à la partie pratique que nous avons même résumée de la façon la plus succincte, ne voulant pas nous exposer à des redites, ni dépasser les limites que nous nous sommes assignées.

Et maintenant que devons-nous entendre par la *dilatation immédiate progressive* ? Dans la définition qu'il en donne, M. J. Langlebert, après M. Le Fort, parle d'un *procédé* dans lequel on laisse d'abord une petite bougie dans l'urèthre avant l'opération, laquelle opération est suivie également de l'application d'une sonde à demeure.

Nous serons plus général et prenant dans les mots eux-mêmes notre définition, nous dirons que la dilatation immédiate progressive est une *méthode* qui a pour but de dilater un rétrécissement organique quelconque d'une façon progressive, et exempte de toute violence, mais en même temps continue et rapide.

Ce que nous étudions, en effet, ce n'est plus un procédé isolé, c'est un ensemble de procédés. La bougie à demeure est certainement bonne pour l'urèthre avant l'opération. Nous verrons que, pour le rectum et pour beaucoup d'autres rétrécissements, il n'y a pas lieu d'y avoir recours. Nous pourrions en dire autant de l'application consécutive

d'une sonde. Mais, encore une fois, nous ne voulons pas faire un paragraphe de médecine opératoire, nous entendons exposer un chapitre de thérapeutique chirurgicale. Trop heureux si nos efforts contribuent à lui donner dans la science la place qui lui est due.

La dilatation immédiate progressive, comme la dilatation lente, graduelle, comme l'électrolyse, etc., est donc une méthode; et, à ce titre, elle comprend plusieurs procédés, et nécessite une instrumentation complexe.

Du procédé de dilatation de l'urèthre, nous ne dirons que quelques mots. Mais nous nous étendrons plus longuement sur la dilatation immédiate progressive de l'œsophage, du rectum et de l'orifice naso-pharygien. Un autre paragraphe sera consacré à l'étude de la méthode dans les collections purulentes, à trajets sinueux. Enfin, nous terminerons ce travail en parlant des autres cas dans lesquels on pourrait encore demander la guérison à la dilatation immédiate progressive.

Nous serons bref sur les rétrécissements de l'urèthre. En effet, que dire après le mémoire de M. Le Fort, après les deux thèses déjà citées. Voici, d'ailleurs, comment le chirurgien opère: « Passez une bougie dans le rétrécissement, laissez-la à demeure pendant quarante-huit heures, puis, remplacez-la par une bougie garnie, à son talon, d'un ajustage métallique; passez le n° 1, puis le n° 2 de mes cathéters; si le rétrécissement est dur, résistant, remettez à quelques jours le passage du n° 3. Après avoir passé le n° 2, placez à demeure une sonde du n° 12, et deux ou trois jours après, en passant mon cathéter métallique conique n° 3, lequel répond au n° 24 de la filière, vous aurez rendu au canal une dimension largement suffisante. La guérison définitive sera obtenue si le malade continue pendant plu-

sieurs semaines à se passer lui-même, tous les jours, une bougie du n° 18, et pendant plusieurs mois à se passer cette même bougie au moins une fois par semaine. » (Léon Le Fort.)

Nous avons vu bien des fois dilater l'urèthre à l'hôpital Beaujon. Toujours l'opération donna les résultats les plus favorables. Dans une circonstance même, la guérison obtenue en une seule séance, fut observée après deux ponctions de la vessie sur un malade ayant subi antérieurement, dans un autre hôpital, une uréthrotomie interne, suivie de récédive du rétrécissement. Nous avons, nous-même, avec l'autorisation de M. Péan, pratiqué plusieurs fois, dans son service de Saint-Louis, la dilatation immédiate progressive de l'urèthre. Jamais nous n'avons observé d'accidents; toujours nos malades ont quitté l'hôpital guéris et rapidement guéris. Au point de vue de l'instrumentation, nous nous servons cependant de dilatateurs un peu différents de ceux de M. Le Fort. A la forme adoptée par le professeur, qui est celle des sondes ordinaires, à petite courbure, nous avons substitué celle des cathéters Béniqué, qui se rapprochent bien plus de la direction normale de l'urèthre.

De cette façon, nous évitons les frottements, et agissons d'autant plus efficacement sur le canal urétral, que ses parois ne sont plus tirillées par le redressement de sa courbure, comme avec les appareils de M. Le Fort. Il nous serait certes difficile de prouver, statistique à l'appui, la supériorité de ces appareils modifiés. Pourtant, il nous a semblé que, plus facile, l'opération demande moins de force encore avec nos cathéters qu'avec ceux de M. Le Fort.

Pour la dilatation des autres rétrécissements, nous nous

sommes, jusqu'à présent contenté d'une seule série d'instruments construits sur les indications de M. Le Fort et sur les nôtres, par notre compatriote et bienveillant ami M. Collin, qui a bien voulu se mettre à notre disposition, et nous guider de ses conseils avec la plus grande obligeance ; ils se composent :

1^o De deux bougies conductrices.

2^o De trois dilatateurs.

1^o *Bougies conductrices.* — Elles sont l'une et l'autre assez flexibles et très petites (n^o 7 de la filière Charrière). La première ne présente que 6 centimètres de longueur. Elle est destinée aux rétrécissements superficiels du rectum, de l'orifice antérieur du nez, des abcès, etc., dans lesquels il est toujours facile de l'introduire. La seconde est, au contraire, assez longue, (de 25 à 30 centim.), et réservée pour les rétrécissements de l'œsophage, et de l'arrière cavité des fosses nasales. Toutes les deux portent à leur extrémité terminale l'ajutage métallique de la bougie du professeur Le Fort.

2^o *Sondes dilatatrices.* — Nous avons pu jusqu'à présent nous contenter d'un nombre relativement restreint. Nous n'en employons que trois en effet, coniques comme les sondes uréthrales. Construites avec des sondes œsophagiennes dans lesquelles on a introduit du petit plomb de chasse, ou une lame de plomb, elles sont à la fois suffisamment malléables pour se prêter aux irrégularités du rétrécissement, et suffisamment solides pour vaincre les résistances qu'il peut opposer. Portant à leur petite extrémité un pas de vis qui s'adapte solidement à l'ajutage métallique de la bougie conductrice, elles sont les unes après les

autres fixées sur cette bougie, et passées dans le rétrécissement auquel elles communiquent la dilation que le chirurgien veut obtenir.

La sonde n° 1 présente à sa partie la plus large, 7^{mm} 1/3 (n° 22 de la filière Charrière).

La sonde n° 2 présente à sa partie la plus large 9^{mm} 2/3 (n° 29).

La sonde n° 3, enfin, 15^{mm} de diamètre.

Evidemment cette instrumentation n'est pas parfaite.

Ces dilateurs sont en trop petit nombre.

De plus, si elle suffit aux cas nombreux, il est vrai, que nous allons relater, elle ne pourrait certainement pas répondre à tous les rétrécissements possibles de l'organisme. Mais les succès qu'elle donne dans son imperfection, n'en prouvent que mieux la supériorité de la méthode. Ils démontrent aussi qu'avec un arsenal très restreint, on peut, par la dilatation immédiate progressive, aborder et traiter un nombre considérables d'atrésies organiques.

DE LA DILATATION IMMÉDIATE PROGRESSIVE

DANS LES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'ŒSOPHAGE.

Nous commençons par l'application de la méthode générale du professeur Le Fort aux atrésies de l'œsophage, bien que ce soit peut-être dans les cas de ce genre qu'elle manque le plus d'originalité, qu'elle ait produit les résultats les moins satisfaisants.

Et d'abord distinguons les faits.

L'œsophage peut être rétréci spasmodiquement; il peut

l'être, comme l'urèthre, par suite de la formation, dans ses parois, du tissu cicatriciel. Enfin l'une de nos observations nous permet d'admettre une troisième variété de rétrécissements œsophagiens, dans laquelle les deux éléments, spasme et tissu cicatriciel jouent l'un et l'autre un certain rôle.

Contre la première variété contre l'atrésie spasmodique, M. Broca et M. Le Fort se sont servis d'instruments qui rappellent d'assez loin la dilatation immédiate progressive. Dans un cas d'œsophagisme rebelle, lisons-nous en effet dans les bulletins de la Société de chirurgie (1), Broca introduisit dans l'organe malade une pince à articulation externe et dont les mors, arrivés dans le canal, pouvaient être écartés de 6 centimètres. Le succès fut complet. Nous allons montrer que nos instruments permettent d'arriver au même résultat, et qu'ils sont supérieurs à celui de Broca en ce qu'ils guérissent même le spasme des portions profondes de l'œsophage.

Pour les rétrécissements fibreux, deux autres instruments ont été préconisés, qui reposent jusqu'à un certain point sur le même principe que celui du professeur Le Fort et dilatent l'œsophage immédiatement et progressivement.

Le premier est du professeur Richet, c'est un dilatateur à grains de chapelet analogue à celui qu'emploie Pozzadi dans les rétrécissements de l'urèthre (nous ne voulons pas, bien entendu, parler du dilatateur en archet de ce chirurgien, plus connu peut-être que celui auquel nous faisons allusion). Constitué par une série d'olives de plus en plus volumineuses, fixées sur une même tige dont elles font partie, il répond, on le voit, un peu à l'idée générale que nous

(1) Soc. de chirurgie, juin 1869.

développons. Faire passer dans le rétrécissement des parties de plus en plus grosses en préservant l'instrument des fausses routes au moyen d'une tige qui le guide.

Le second est de M. Verneuil, qui fait encore plus de la dilatation immédiate progressive que Broca et Richet. Comme nous, en effet, il franchit le rétrécissement avec une très petite bougie, comme nous, il se sert de cette tige pour faire passer dans les points coarctés des instruments de plus en plus volumineux. Seulement la tige reste en place, et les instruments olivaires qui sont poussés vers l'estomac la traversent en écartant les parois rétrécies de la partie supérieure du tube digestif.

Mais nous devons ajouter que le chirurgien de la Pitié est arrivé à la découverte de ses instruments en s'appuyant sur des considérations toutes différentes des nôtres. Un autre chirurgien cathétérisant l'œsophage avait fait une fausse route et ouvert le médiastin. M. Verneuil voulut éviter cet écueil, et pour guider ses olives il les fit passer dans la tige que nous avons décrite. L'application de la dilatation immédiate progressive à l'œsophage reste donc en réalité une innovation et dans l'œsophagisme et dans les rétrécissements avec ou sans spasme.

Maintenant arrivons aux faits.

Nous avons sommairement exposé la première observation, nous venons de dire qu'elle n'a pas été suffisamment suivie. M. le professeur Le Fort, en effet, quitta le service au moment où le petit malade dont nous avons parlé, déjà amélioré, allait pouvoir profiter des avantages de la première opération. Quand il revint, l'enfant était sorti. Depuis lors, nous ne l'avons observé que très imparfaitement.

Passons au second cas, plus concluant, on va le voir, et

bien évidemment favorable, celui-ci, à notre procédé œsophagien de dilatation immédiate progressive.

Le malade qui en fait le sujet, le nommé Eug. Vin..., est âgé de 29 ans. Il nous est adressé à l'hôpital Saint-Louis par un de nos amis, auquel nous avons parlé de la dilatation immédiate progressive.

Un de ses frères est mort de convulsions. Sa sœur est légèrement nerveuse. Mais le père et la mère se portent bien. Pas de syphilis. Rien dans le passé qui puisse sûrement expliquer la formation de tissu cicatriciel.

De 23 à 27 ans, Eug. Vin... a quelque peu abusé du vin blanc et mené une vie trop excitante. Il en est résulté une impressionnabilité très vive et un embarras gastrique extrêmement aigu avec intolérance absolue de l'estomac. Cet état morbide a duré quinze jours à la suite desquels sont apparus les signes de l'œsophagisme, aussi intenses dès le début qu'au moment où nous l'observons.

L'accident remonte à deux ans. On l'a traité par l'éther, le bromure de potassium et l'électricité. Un chirurgien des hôpitaux même a tenté le cathétérisme, mais sans pouvoir le pratiquer.

Aujourd'hui 12 juillet 1881, Vin... présente les désordres fonctionnels suivants :

Les aliments solides ne veulent pas franchir le pharynx, et le régime se compose exclusivement de bouillie de viande, de pain délayé dans du lait et de vin. Encore ces substances n'arrivent-elles pas toujours à franchir la partie supérieure de l'œsophage et sont-elles, quelquefois rendues, immédiatement par la bouche.

Le malade accuse de la dyspepsie, des flatulances ; les désordres sont encore exagérés par les travaux intellectuels.

Rien de particulier à l'auscultation de l'œsophage.

L'état général est demeuré assez bon ; l'appétit et le sommeil sont conservés. Mais Eug. Vin... souffre énormément d'un état qui l'oblige à vivre en dehors de ses semblables et le retient toujours chez lui.

Nous insistons sur les détails, le diagnostic pouvant être contesté.

Nous pensons en effet que si l'œsophagisme domine la scène et paraît être entré le premier en jeu, notre malade est néanmoins affecté d'un véritable rétrécissement, soit consécutif, soit primitif et à la suite duquel l'œsophagisme serait apparu.

Ce qui nous le fait croire, c'est que le cathétérisme de l'œsophage avec des sondes œsophagiennes même petites (n° 30 de la filière) est absolument impossible, contrairement à ce que l'on observe dans l'œsophagisme simple. Devant cette circonstance, nous ne craignons donc pas de poser le diagnostic de rétrécissement avec œsophagisme, diagnostic approuvé par M. Péan.

En conséquence, nous pratiquons la dilatation immédiate progressive de l'œsophage. L'opération ne présente aucune difficulté. Seulement la bougie conductrice, que nous tentons de laisser à demeure, ne peut être gardée plus de dix minutes par le malade, qui la rejette dans un effort de vomissement.

Nous n'insistons pas et, introduisant une seconde fois cette bougie conductrice, nous faisons passer successivement et en moins de cinq minutes nos trois dilateurs dans l'œsophage.

Ce n'est pas tout, pour compléter notre opération, nous introduisons dans le canal, non sans quelque difficulté cette fois, des sondes œsophagiennes plus volumineuses.

Jouin.

Immédiatement le malade mange un morceau de pain sur notre invitation, ce qui ne lui était pas arrivé depuis deux ans.

Nous le revoyons pendant un mois. Il peut maintenant prendre des aliments solides. Une seule fois, buvant du vin de Champagne, il a été obligé d'interrompre son repas, repris d'une crise légère d'œsophagisme.

Après un mois, nous le perdons de vue, des intérêts de famille l'appelant dans le Midi de la France. Malgré la prière que nous lui en avons adressée, Eug. Vin... ne nous a plus donné de ses nouvelles.

Dans la troisième observation, c'est nettement à un cas d'œsophagisme que nous avons eu affaire. Elle doit donc être distinguée des deux précédents et rapprochée du fait de Broca.

Le nommé Pich..., 48 ans, syphilitique depuis l'âge de 28 ans, présente une dysphagie considérable. L'affection remonte à 15 jours seulement. Il lui est impossible d'absorber des aliments solides, et les boissons elles-mêmes sont assez souvent rejetées.

Le malade est très impressionnable. Nous constatons même un certain degré d'anesthésie du côté gauche. La pression du testicule droit est très douloureuse.

Nous pratiquons le cathétérisme de l'organe avec nos appareils à dilatation immédiate progressive. Deux autres sondes, les plus volumineuses du service, sont également introduites dans le canal.

Le malade revient nous consulter huit jours après. Le spasme de l'œsophage est disparu, mais presque immédiatement s'est manifesté du spasme de l'urèthre...

En résumé, la dilatation immédiate progressive a réussi au professeur Le Fort dans un cas de rétrécissement cica-

triciél. Elle nous a également donné un succès dans un rétrécissement très probable compliqué d'œsophagisme certain. Enfin nous avons pu, avec cette méthode, supprimer l'œsophagisme simple d'un troisième malade. C'est donc une méthode qui mérite toute considération, d'autant plus que son manuel opératoire est extrêmement simple.

Seule, l'introduction de la bougie conductrice peut présenter quelque difficulté. Mais en recourant, pour l'œsophage, au moyen préconisé par M. Le Fort, dans la chirurgie urétrale, en pesant quelque temps sur le rétrécissement avec une sonde olivaire, on arrive presque toujours à faire passer la petite bougie rapidement substituée à la sonde.

On terminera la dilatation avec plus ou moins de rapidité, suivant l'impressionnabilité du sujet, suivant aussi la nature du rétrécissement. Il est certain, en effet, que dans les cas d'atrésie fibreuse on ne peut que gagner à agir avec lenteur. De même, dans les rétrécissements cancéreux pour lesquels la dilatation immédiate progressive nous paraît bien supérieure à la gastrotomie, on aura tout intérêt à ne pas procéder brutalement si l'on ne veut point amener des ruptures quelquefois mortelles. Mais, comprise de cette façon, la dilatation immédiate progressive nous paraît constituer une méthode tout aussi bonne dans ses résultats que la dilatation progressive temporaire, bien étudiée, on le sait, par M. Bouchard; tout aussi efficace que la cautérisation, supérieure enfin à l'œsophagotomie interne et externe, supérieure surtout à la gastrotomie dont elle réduira singulièrement les indications.

DE LA DILATATION IMMÉDIATE PROGRESSIVE

DANS LE RÉTRÉCISSEMENT DU RECTUM.

Nous ne voulons pas, bien entendu, dans ce chapitre faire l'étude des rétrécissements du rectum considérés dans leur étiologie, dans leurs symptômes, dans leur évolution. Nous n'entendons même point exposer ni comparer les différentes méthodes préconisées pour leur traitement. Qu'il nous suffise de les énumérer. Nous montrerons ensuite que, supérieure au plus grand nombre, la dilatation immédiate progressive peut les remplacer presque toutes dans des conditions déterminées, partant, rendre service au chirurgien en mettant à sa disposition un procédé simple, facile, et d'autant plus appréciable que ses résultats sont immédiats.

On a successivement employé contre les rétrécissements du rectum la *dilatation*, la *cautérisation*, l'*incision* et l'*extirpation*.

L'*extirpation* ne peut être appliquée que pour des rétrécissements cancéreux. Impraticable en effet si le rétrécissement simple est profond, elle est beaucoup trop radicale quand l'atrésie occupe le voisinage de l'anus.

L'*incision* ou *rectotomie* est divisée en *rectotomie interne* et en *rectotomie externe* suivant que l'on incise de dedans en dehors ou de dehors en dedans.

La *rectotomie interne*, exécutée dans le principe par Amussat comme moyen de cure définitive, s'accompagne d'hémorrhagies, d'infiltrations stercorales, de phlegmons

diffus, etc. Aussi ne compte-t-elle plus aujourd'hui de partisans. Nous n'en dirons pas autant de la rectotomie interne, utilisée par un grand nombre de chirurgiens à titre d'opération préparatoire pour la dilatation. Velpeau, Malgaigne, Tillaux, Gosselin la préconisent et pratiquent trois ou quatre petites incisions de 2 à 4 millimètres de profondeur, en avant, en arrière et sur les côtés. Quand, après quinze jours, ces incisions sont cicatrisées, on pratique la dilatation avec des bougies.

Quant à la rectotomie externe simple et à la rectotomie linéaire exposée par Verneuil en 1875, à la Société de chirurgie, elles conviennent, dit Gosselin, lorsque l'atrésie très prononcée du rétrécissement, l'affaiblissement extrême du malade, la sensibilité exagérée de la partie coarctée et l'existence de trajets fistuleux multiples ne permettent pas dans un certain nombre de cas d'avoir recours soit à la dilatation seule, soit à la dilatation combinée à la rectotomie interne.

Nous arrivons à la troisième méthode, celle de la cautérisation qui ne comprend, en somme, qu'un procédé sérieux, celui du professeur Le Fort (1). Voici comment le jugent les auteurs (2) de l'article *Rectum* du Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.

« L. Le Fort a essayé dans un cas l'application de l'électrolyse à la cure des rétrécissements. Il s'agissait d'une femme de trente ans, opérée une première fois, cinq ans auparavant. La coarctation était haut située, dure, mamelonnée. L. Le Fort se servit de l'appareil suivant : un cône de gutta-percha, traversé par deux fils métalliques, affleu-

(1) Le Fort (Léon). Emploi de l'électrolyse dans les rétrécissements (Union médicale, t. XV, 1873).

(2) L. Gosselin et L. Dubar.

rant à l'extrémité pointue du cône, fut introduit dans le rectum et poussé dans le rétrécissement. Les fils métalliques se trouvaient en rapport avec le pôle négatif d'une pile de Norin, formée par quatre petits éléments. Du pôle positif de la pile partait un autre fil métallique qui communiquait avec une plaque placée sur l'abdomen. L'appareil fut laissé en place pendant quatre heures à chaque séance. Il y eut en tout vingt séances. A la fin du traitement le doigt pénétrait librement dans le rectum, la constipation avait disparu et les matières avaient recouvré leur calibre normal. Un seul fait ne suffit pas à démontrer la valeur d'une méthode ; toutefois le résultat obtenu doit engager à renouveler l'expérience. Il est difficile d'expliquer la manière dont agit le courant sur des tissus fibreux, rétractiles, inextensibles. Les petites eschares qui se produisent au pôle négatif donneraient lieu à des cicatrices molles, souples, et la dilatation sous l'influence de cette action chimique deviendrait plus facile. De nouvelles études sont nécessaires. »

Nous apprécions grandement, quant à nous, pour en avoir souvent entendu exposer à l'auteur les nombreux avantages, ce procédé de traitement des rétrécissements du rectum. Mais nous ne pouvons cependant nous dispenser de lui adresser une critique de pratique. Combien peu de chirurgiens ont à leur disposition l'arsenal que son exécution nécessite ! On fabrique maintenant, nous le savons, des instruments à électrolyse moins chers que les anciens. Mais ces instruments s'avarient facilement et sont toujours d'une manœuvre assez délicate.

Reste la quatrième méthode, celle de la *dilatation*.

Elle est *graduelle, progressive* ou bien *brusque extemporanée*.

De la dilatation *brusque extemporanée* nous ne dirons rien. Proposée par Astley Cooper, elle a été pratiquée par Amussat, Huguier, Nélaton, Demarquay, Trélat. Analogue à la divulsion urétrale, elle donne des résultats déplorables et s'accompagne presque toujours d'hémorragies, d'abcès péri-rectaux, voire de péritonite. Aussi ne compte-t-elle plus que de rares défenseurs.

Il n'en est pas de même de la *dilatation lente progressive*, qui constitue, en somme, le plus ancien de tous les procédés. On se sert actuellement de bougies en gomme, en caoutchouc vulcanisé. La plus grande douceur dans les manœuvres, la plus grande patience de la part du chirurgien et du malade sont les conditions indispensables du succès. Les résultats appréciables ne sont obtenus qu'après plusieurs mois de traitement. Encore doit-on souvent interrompre la dilatation par suite de l'irritabilité rectale, et pour éviter les inflammations pelviennes qui pourraient en être la conséquence.

En un mot, la dilatation graduelle progressive du rectum présente tous les avantages, mais aussi tous les inconvénients de la dilatation graduelle progressive de l'urèthre.

Naturellement nous nous sommes demandé si ce rapport dans les effets ne se retrouverait pas avec la dilatation immédiate progressive appliquée aux deux variétés de rétrécissement. Nos faits sont peu nombreux, mais nous pouvons déclarer qu'ils laissent, pour les rétrécissements du rectum, à la méthode générale du professeur Le Fort, les avantages si bien exposés, pour les rétrécissements de l'urèthre, dans la thèse de M. J. Langlebert.

Le premier est relatif à une malade de vingt-six ans, la

nommée Anne Vingt..., journalière, entrée salle Sainte-Marthe, n° 45 (service de M. Péan), le 6 mai 1881.

Atteinte depuis trois ans d'un rétrécissement très accusé et traitée en province par des séances de dilatation graduelle, lente, beaucoup trop éloignées, cette femme nous arrive avec une atrésie presque complète de la partie terminale de l'intestin.

L'état général est très mauvais; la teinte jaune de la peau, les tubercules faciles à constater dans les deux poumons, l'albumine qui se trouve en quantité considérable dans les urines, l'anasarque, la cachexie enfin de la dernière période du rétrécissement du rectum, nous font porter un pronostic fatal et à brève échéance. Toute intervention sanglante ne pouvant naturellement être entreprise, la femme Vingt... est envoyée au chalet de Saint-Louis.

Comme elle n'a pas rendu de matières depuis treize jours, comme le ballonnement du ventre est considérable, comme les coliques enfin sont atroces, nous demandons néanmoins à M. Péan s'il ne serait pas bon de tenter, pour obtenir une amélioration temporaire, la dilatation immédiate progressive du rectum.

Sur sa réponse affirmative, nous introduisons, non sans beaucoup de peine, notre petite bougie conductrice dans le rétrécissement qui présente bien une longueur de 7 centimètres.

Sans difficulté aucune le premier, puis le second dilateur franchissent l'obstacle. Pas le moindre écoulement de sang. De plus, la malade n'accuse aucune douleur.

Nous prescrivons un lavement légèrement laxatif. Il est suivi d'une évacuation très abondante de matières fécales.

Le soir, nous constatons une amélioration considérable.

Contre les coliques, d'ailleurs en partie supprimées, nous donnons 40 centigrammes d'extrait thébaïque. Bonne nuit. Nouvelle selle spontanée le lendemain de l'opération.

Naturellement, nous nous proposons de revenir sur le cathétérisme et de ne pas nous en tenir à ce premier résultat. Mais l'état général empirant de jour en jour ne nous laissa bientôt plus d'espoir.

Après une semaine, la femme Vingt... succombait aux progrès de la cachexie. Il y eut malheureusement opposition à l'autopsie.

Quoi qu'il en soit, ce fait est intéressant à plus d'un titre. Il prouve en effet que la dilatation immédiate progressive peut rendre de grands services dans les cas où il est indiqué d'agir vite. Il démontre enfin l'innocuité de la méthode qui dans le cas particulier n'a déterminé aucun accident du côté des organes pelviens.

Voici maintenant notre seconde observation, beaucoup plus complète, beaucoup plus intéressante, comme on va pouvoir en juger.

Remplaçant à titre provisoire, pendant les vacances dernières, notre ami le D^r Desveaux (de Fresnay), nous sommes consulté pour un indigent, le nommé Thib..., âgé de soixante ans, de la commune de Sougé, chez lequel nous constatons facilement les symptômes d'un rétrécissement du rectum.

Cet homme a été militaire et, bien qu'il ne donne à ce point de vue que des renseignements vagues, nous avons plusieurs raisons de croire à l'existence d'une vieille syphilis.

Les matières rendues ont l'aspect de pelotons de ficelles. Les selles, très rares, ne s'observent que tous les sept ou huit jours; il y a parfois des périodes de diarrhée et d'é-

mission de matières purulentes. Enfin le toucher rectal mène sur un rétrécissement annulaire situé à peu près à 6 centimètres de l'anus, rétrécissement dans lequel on peut introduire l'extrémité terminale de la phalange, mais que l'on ne franchit pas complètement.

La structure nous en paraît fibreuse et résistante.

Pas d'albumine dans les urines. État général relativement bon. Ajoutons que le malade nous témoigne la confiance la plus absolue et se déclare prêt à subir toutes les opérations auxquelles nous voudrions le soumettre.

Profitant de cette bonne volonté, nous nous disposons à faire la dilatation immédiate progressive du rectum, suivant les règles les plus scrupuleuses de la méthode générale.

En conséquence la petite bougie conductrice est préalablement introduite dans le rétrécissement, où nous comptons la laisser à demeure pendant vingt-quatre heures. Mais des coliques ne tardent pas à survenir et l'instrument est rejeté avec des matières séro-purulentes. Suppositoire belladonné, puis nouvelle application de la sonde à demeure. Elle n'est pas mieux supportée que la première fois. Nous n'insistons plus et sans tarder nous pratiquons la dilatation immédiate progressive de notre rétrécissement.

Les trois dilatateurs passent avec la plus grande facilité. A peine sont-ils teintés de quelques striés sanguinolents. Le frottement est assez dur, mais pas plus dur cependant que dans les cas de rétrécissements uréthraux. Une garde-robe très abondante suit presque immédiatement notre opération. Les matières ne sont plus moulées et présentent l'aspect normal.

Disons en terminant que le rétrécissement avait de 4 à 5 centimètres de hauteur.

Combien ce fait est concluant et prouve les avantages que la dilatation immédiate progressive peut à certains moments procurer ! Nous étions seul, isolé, sans instruments. Comment aurions-nous fait sans la méthode du professeur Le Fort pour traiter efficacement notre client provisoire ?

Opéré à la fin d'août, le malade est venu nous revoir trois fois dans le courant de septembre, trois fois nous avons pratiqué le cathétérisme de son rectum. Il est à craindre que cette précaution que nous considérons comme indispensable pendant un an, après toutes les opérations de dilatation immédiate-progressive, ne soit un peu négligée maintenant, d'autant plus que le sujet est débarrassé de tous les accidents de son rétrécissement. Mais la supériorité de la méthode, à différents points de vue, n'en demeure pas moins établie.

La dilatation immédiate progressive est préférable en effet à la dilatation lente graduelle, à cause de la rapidité de son exécution, rapidité telle que nous n'avons pas mis plus de vingt minutes entre la dernière introduction de la bougie conductrice et celle du dilatateur le plus volumineux.

Elle est supérieure à l'autre méthode, parce qu'elle n'expose jamais aux fausses routes ni aux contusions rectales si fréquentes avec le cathétérisme répété, si bien faites pour obliger le chirurgien à suspendre son traitement, partant à perdre le bénéfice des premières séances. Elle ne paraît pas déterminer des inflammations rectales et périmrectales signalées après la dilatation lente graduelle.

Elle est supérieure enfin à cette dilatation lente, en ce

sens qu'elle permet de guérir sans opération des cas regardés jusqu'à présent comme exclusivement du ressort de la rectotomie.

Nous ne la comparerons pas au traitement électrolytique. En principe même, nous serions assez disposé pour les cas de ce genre à admettre deux temps dans le traitement : un premier, le temps de l'électrolyse et un second, qui le complète, celui de la dilatation immédiate progressive. Maintenant nous devons dire, qu'en fait, nous n'avons pas d'instruments à électrolyse à notre disposition lorsque nous avons dû intervenir.

Nous ne pouvons parler avec compétence du traitement des rétrécissements cancéreux par la dilatation immédiate progressive. On sait que dans les cas de ce genre la rectotomie, comme toutes les opérations sanglantes, ne sert le plus souvent qu'à activer la marche du néoplasme. Aussi n'hésiterions-nous pas à donner la préférence à notre méthode dans les faits bien entendu où le passage de la bougie conductrice est encore possible. Que si tout cathétérisme est impraticable, on aura recours à l'entérotomie. Nous ne voulons pas discuter ici les deux méthodes de Littré et de Callisen. Si la Société de chirurgie, en effet, paraît s'être prononcée récemment pour la dernière, nous savons d'autre part que des hommes considérables préférèrent à l'ouverture lombaire l'orifice antérieur, beaucoup moins désagréable pour le malade, plus facile à pratiquer, et somme toute, moins dangereux qu'on ne le pensait avant les travaux modernes sur la chirurgie du péritoine.

Mais revenons à notre sujet et disons en terminant que d'autres chirurgiens ont fait avant nous de la dilatation immédiate progressive du rectum. Seulement d'exécution

plus minutieuse, leurs procédés sont évidemment inférieurs sous tous les rapports à celui que nous venons d'exposer.

Quoi qu'il en soit, voici ce que nous lisons dans l'article de MM. Gosselin et Dubar :

« Un mot sur l'emploi de certains appareils qui, une fois placés dans le rétrécissement, sont susceptibles d'augmenter de volume et de refouler excentriquement les parois. On a proposé l'usage de poches en baudruche, en caoutchouc, ou encore d'un pessaire Gariel, que l'on insuffle ou que l'on remplit d'eau. On peut obtenir une pression progressivement croissante en se servant d'un petit appareil qui a été essayé dans le service de Guyon. Deux parties le composent : la première est formée par une vessie en baudruche adaptée à l'extrémité d'une sonde uréthrale, qui doit pénétrer assez profondément dans la poche. La vessie vide est insinuée sans difficulté dans le rétrécissement et la sonde qui lui est annexée sort par l'anus. La seconde partie est un véritable siphon. Un tube de caoutchouc plongeant par un de ses bouts dans une bouteille remplie d'eau est amorcé par succion. Il est alors réuni par emboîtement à l'extrémité de la sonde qui sort par l'anus. En élevant peu à peu la bouteille, on augmente la pression dans l'intérieur de la poche. Une pression de 50 à 60 centimètres est suffisante ; poussée au delà, elle devient rapidement intolérable. Ces procédés de dilatation n'ont été que peu employés à cause de la difficulté que l'on éprouve à maintenir la vessie en baudruche dans la partie rétrécie. Dès que l'air ou le liquide la distend, elle tend à remonter et à prendre de l'expansion au-dessus du rétrécissement. L'effet utile n'est donc pas obtenu. »

Nous n'ajouterons rien à la conclusion des auteurs que nous venons de citer.

DE LA DILATATION IMMÉDIATE PROGRESSIVE

DANS L'OCCLUSION DE L'ORIFICE NASO-PHARYNGIEN.

S'il est une variété de rétrécissements pour laquelle la dilatation immédiate progressive constitue véritablement une méthode de choix, c'est bien assurément celle dont nous voulons nous occuper dans ce troisième chapitre.

Moins connus peut-être des pathologistes que des physiologistes qui ont profité de ces cas pour étudier les rapports de l'olfaction avec le sens du goût, ces rétrécissements sont caractérisés par l'adhérence plus ou moins complète du voile du palais avec la voûte du pharynx, adhérence facile à constater lorsque la bouche est ouverte.

La voix est nasonnée, la déglutition se montre plus ou moins pénible. S'il persiste le moindre orifice, et c'est le cas le plus fréquent, les boissons refluent dans les fosses nasales. Le goût et l'odorat sont diminués, parfois même abolis. On connaît l'histoire de ce malade, cité dans les traités de physiologie, qui voulant déguster du bon vin, le prenait d'abord dans sa bouche, puis en cherchait l'arôme en soufflant aussitôt dans son orifice antérieur des fosses nasales, la lèvre inférieure projetée en avant. Enfin quand les cicatrices atteignent l'orifice de la trompe d'Eustache, il peut y avoir surdité, comme dans un cas observé par Dieffenbach. Le malade ne peut plus ni se moucher, ni respirer par le nez. Forcé enfin de respirer par la bouche, il a la gorge continuellement desséchée, ce qui l'oblige à boire fréquemment la nuit.

Telle est en quelques mots la symptomatologie de l'af-

fection. Les causes, bien étudiées par Julius Paul (de Breslau), dans un mémoire traduit par M. Verneuil (1), sont de deux ordres : la syphilis et la scrofule déterminent l'une et l'autre le rétrécissement de l'orifice naso-pharyngien, mais dans des proportions très inégales, puisque sur vingt-huit sujets étudiés par Julius Paul, vingt-six étaient syphilitiques et deux scrofuleux. Nous n'avons, quant à nous, observé que des rétrécissements syphilitiques. L'affection peut être unilatérale. Elle était double chez nos quatre malades.

Le hasard, en effet, ou plutôt le nombre considérable des syphilitiques qui passent à l'hôpital Saint-Louis nous ont permis d'observer quatre fois cette singulière lésion, par conséquent de faire huit fois la dilatation immédiate progressive des rétrécissements naso-pharyngiens. Nous ne voulons pas revenir sur les symptômes qu'ils ont présentés, ni rapporter en détail toutes les observations.

Après les considérations générales que nous venons d'exposer ce serait nous condamner à des redites inutiles. Qu'il nous suffise d'ajouter que chez les quatre, l'ouïe était à peu près intacte, que la luette collée sur la paroi-postérieure du pharynx limitait dans tous les cas, deux petits pertuis latéraux quelquefois invisibles par la bouche, mais toujours faciles à mettre en évidence soit au moyen d'une injection colorée, soit plus simplement par le cathétérisme du nez avec notre bougie conductrice.

Nous avons déjà dit que les quatre malades étaient syphilitiques. Ils avaient les uns comme les autres, souffert d'autres accidents nombreux et variés de la diathèse. L'un d'eux revient même périodiquement dans le service du pro-

(1) *In Archives génér. de méd.*, 1865, vol. II, p. 422.

fesseur Fournier, où nous l'avons opéré la dernière fois avec notre savant ami le docteur Barthélemy, à l'obligeance duquel nous devons encore un des autres malades.

Voici comment nous avons toujours procédé : la bougie conductrice, introduite par l'orifice antérieur de la narine à dilater, suit le plancher des fosses nasales, gagne la paroi postérieure du pharynx en passant au-dessus du voile, suit cette paroi postérieure, rencontre facilement l'orifice minuscule qui n'a jamais fait défaut dans nos cas et vient faire saillie dans l'arrière gorge, collée pour ainsi dire sur la paroi postérieure du pharynx. Ce temps de l'opération est extrêmement facile et dans aucune de nos opérations, il ne nous a présenté de difficultés. Que si l'orifice postérieur manquait, ce que nous n'avons jamais observé, nous n'hésiterions pas à en créer un au bistouri ou plus simplement en décollant par arrachement le voile, saisi avec une longue pince.

L'extrémité antérieure de la bougie est arrivée dans la partie buccale du pharynx. On la saisit alors avec une pince hémostatique qui permet de la ramener dans la bouche. Puis les dilatateurs sont fixés et introduits d'autant plus facilement que non seulement la main droite les pousse, mais qu'avec la main gauche qui tient la bougie conductrice, on peut encore exercer une traction considérable. Dans nos deux premières séries d'opérations dont l'une fut pratiquée devant M. Richelot provisoirement chargé du service de Saint-Louis, nous nous sommes contenté de cette simple manœuvre faisant passer dans le nez les deux premiers dilatateurs. L'orifice créé de cette façon était suffisant en effet, le malade pouvait immédiatement respirer ce qu'il faisait toujours avec une satisfaction mêlée de surprise, le voile du palais était abaissé et, somme toute,

la restauration paraissait relativement parfaite. Nous ne nous sommes pas cependant arrêté à ce résultat. Considérant que les cornets gênent l'introduction du troisième dilatateur, et que l'orifice postérieur reste relativement étroit, nous avons modifié notre manœuvre. Après le passage du premier dilatateur, nous renversons la direction des instruments. La bougie conductrice est dirigée de telle façon que son talon se trouvant dans la bouche l'extrémité antérieure sorte par le nez. De cette façon les dilatateurs abordent directement la partie rétrécie et l'on peut y faire pénétrer des instruments plus volumineux. C'est ainsi que nous avons opéré avec notre collègue L. Defontaine, la cuisinière d'un médecin en traitement à la salle Sainte-Marthe, lit n° 54, pour une affection étrangère à son rétrécissement nasopharyngien, et inutilement traitée à ce dernier point de vue par plusieurs médecins de la ville. Les séances de dilatation ont été répétées cinq fois chez cette malade puisqu'elle est restée en traitement du 8 octobre au 4 novembre 1881. Elle les demandait elle-même, ne voulant pas perdre, disait-elle, le bénéfice de la première dilatation, et ne redoutant aucunement la douleur, proclamée d'ailleurs très tolérable par nos quatre malades.

C'est également avec cette seconde modification que nous avons dilaté en présence du docteur Barthélemy, à la salle Saint-Louis, n° 59, un malade en traitement dans le service de M. Fourquier, du 18 mai au 7 juillet, pour des accidents syphilitiques variés.

Jamais il n'y a d'hémorrhagie, et si la muqueuse de Schneider laisse toujours couler quelques gouttes de sang, les simples inspirations d'eau fraîche suffisent pour l'arrêter.

Naturellement nous avons recommandé à nos malades de revenir de temps en temps se faire cathétériser. Le premier le nommé H. Fleur... jardinier à Montmorency, que nous voyons encore tous les mois ne présente plus aucun désordre. Quand aux autres plus négligents nous les avons toujours trouvés cependant satisfaits des suites de l'opération.

Malgré cela nous n'hésitons pas pour ces cas comme pour tous ceux d'ailleurs dans lesquels on emploie la dilatation immédiate progressive à considérer les cathétérismes fréquents pendant la première année comme une condition indispensable de succès définitif.

Quoi qu'il en soit, nos résultats sont très suffisants et bien faits pour satisfaire le malade et le chirurgien dans les cas d'occlusion de l'orifice naso-pharyngien. Ils le sont d'autant plus que jusqu'à présent on avait été très embarrassé devant les affections de ce genre.

Duplay ne croit guère à l'efficacité du traitement préventif. Quant au traitement curatif, voici ce qu'il en dit dans les quelques lignes de son ouvrage consacrées à cette lésion : « Une fois les adhérences produites, il n'est pas aisé de les faire disparaître, et les opérations pratiquées dans ce but par divers chirurgiens n'ont fourni pour la plupart que des résultats très incomplets. »

C'est d'ailleurs également la conclusion de M. Verneuil et de l'auteur de l'article « *Palais* » du dictionnaire de Jaccoud.

« Presque impossibles à prévenir, écrit M. Paul Mar-
duel, ces adhérences sont rebelles à la thérapeutique et l'on n'a obtenu jusqu'ici que des résultats peu encourageants. »

Malgaigne cependant ne considérerait pas cette affection comme au-dessus des ressources de notre art. M. le pro-

fesseur Richet, d'autre part, ne craignit pas de faire ce que conseillait Malgaigne et eut un succès, mais au prix de quelle opération et de quelles manœuvres pour le malade et pour le chirurgien.

Voici le résumé de la partie thérapeutique de son observation longuement exposée dans une leçon faite en 1875, et recueillie par M. Heydenreich alors interne du service (1),

Dans un premier temps l'opérateur se propose de rendre le voile du palais mobile en le dégageant directement. Mais il rencontre déjà des difficultés très sérieuses. « Lorsque j'ai voulu traverser dit-il le voile du palais à l'aide de la sonde à dard, j'ai inutilement essayé de faire jouer le dard, j'étais arrêté par une résistance imprévue. J'ai donc retiré l'instrument et j'ai trouvé le dard plié ; il n'était pas assez solide, et la courbure de la sonde n'était pas suffisante. Je pris alors un trocart courbe, je le glissai dans les fosses nasales, et, à l'aide du doigt introduit dans la bouche, j'allai le sentir à travers le voile du palais, mais c'est en vain que je tentai de percer les tissus, j'étais arrêté par les mêmes obstacles que précédemment. Je pris une forte aiguille courbe sur manche que j'avais fait faire spécialement, j'en recouvris la pointe avec de la cire, je l'introduisis par les narines et parvins à traverser le voile du palais. Glissant alors un bistouri sur la pointe de l'aiguille, j'agrandis l'ouverture, que j'élargis ensuite à l'aide du bistouri boutonné. Mon doigt put pénétrer à ce moment dans l'orifice et je fus surpris de trouver une cavité très resserrée. Le voile du palais était fibreux et avait un centimètre d'épaisseur, et de plus le pharynx était fortement attiré en avant à la rencontre du voile du palais. »

(1) Collection du journal l'Ecole de médecine.

Voilà l'orifice constitué, mais taillé au bistouri il ne va plus être aussi facile à maintenir béant qu'après la dilatation immédiate progressive.

A l'aide de la sonde de Belloc, M. Richet passe dans chacune des narines un gros tube à drainage, ressortant par la bouche à travers l'ouverture qu'il venait de pratiquer. Le malade supportait si impatiemment ce tube, il respirait si péniblement que l'on fut sur le point de pratiquer la trachéotomie. Enfin le mieux revient, on met des tubes plus petits, *après quatre jours l'opéré commence à manger*. Mais quand on veut supprimer le drain, l'atrésie se reforme très vite et l'on est obligé d'avoir recours à une canule en argent maintenue par deux supports horizontaux fixés sur les dents. Et encore le résultat paraît aléatoire à M. Richet. « Qu'advient-il de cette opération ? dit-il en terminant sa clinique, le malade portera-t-il son appareil assez longtemps pour que la cicatrisation se fasse définitivement et qu'il s'établisse sur le trajet naso-pharyngien une muqueuse de nouvelle formation ? Ce qu'il y a de certain, c'est que cette ouverture, pratiquée au milieu de ces tissus cicatriciels, a la plus grande tendance à se resserrer et à disparaître, et que c'est là un fait en désaccord avec ce que l'on observe dans les cas où on tente d'oblitérer l'entrée du vagin, par la méthode de Vidal de Cassis »

Cette observation d'un maître ne prouve-t-elle pas mieux que toutes les considérations possibles et l'insuffisance des méthodes sanglantes et l'incontestable supériorité de la dilatation immédiate progressive dans les cas d'occlusion de l'orifice naso-pharyngien ?

DE LA DILATATION IMMÉDIATE PROGRESSIVE

DANS LES COLLECTIONS PURULENTES A TRAJET SINUEUX.

C'est à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M, Péan que nous avons encore pour la première fois appliqué notre méthode générale à la dilatation des trajets consécutifs aux collections purulentes profondes. Voici très sommairement dans quelles circonstances.

Nous sommes appelé à examiner au commencement de juillet 1881, un malade qui a reçu, en 1870, sous les murs de Metz un coup de feu dans la partie supérieure du fémur. Fracture comminutive de l'os avec issues d'esquilles. La balle n'est pas restée dans les tissus. Pourtant comme on le voit fréquemment d'ailleurs dans les cas de ce genre, le sujet a eu deux fois depuis cette époque des poussées d'inflammation dans la région lésée, avec gonflement douloureux, formation d'abcès et élimination spontanée de petits séquestres. C'est pour un accident du même ordre, le troisième depuis la guerre, qu'il vient nous consulter.

La cuisse droite malade est un peu plus volumineuse que celle du côté opposé. Il n'y a pas de rougeur à la peau, mais la pression permet de constater un empâtement profond, en même temps qu'elle détermine une douleur assez intense ; douleur spontanée, particulièrement pendant la nuit. L'état général est excellent ; mais les petits frissons, les courbatures, les pendiculations accusés par le malade et dont il souffre surtout le soir, nous font néanmoins penser à l'existence d'un foyer purulent. Par de syphilis.

A la partie interne et moyenne de la cuisse, à quatorze centimètres au-dessous de la cicatrice déterminée par le trou d'entrée du projectile, une fistulette laisse suinter à peine quelques gouttes d'un liquide séro-purulent. C'est par son orifice que nous faisons, non sans quelque difficulté, pénétrer un stylet explorateur.

Celui-ci nous mène sur un fragment d'os nécrosé et très mobile,

M. Péan nous conseille alors de pratiquer la dilatation du trajet même avec nos appareils.

En conséquence la bougie longue conductrice est introduite dans la fistule qu'elle parcourt facilement sur toute son étendue, la voie ayant été préparée par l'exploration au stylet et le nouvel instrument plus flexible se prêtant mieux d'ailleurs aux irrégularités du conduit. Les deux premiers dilateurs recouverts d'huile phéniquée avec un soin tout particulier, pour faciliter le frottement et éviter la douleur sont rapidement passés dans le trajet. Un flot de pus nous oblige à interrompre l'opération. Nous comprimons la partie tuméfiée et retirons ainsi avec quelques parcelles osseuses un grand verre de liquide purulent. Puis, après le passage du troisième dilateur, nous sentons une esquille qui s'engage dans cette voie artificiellement élargie. Le fragment d'os est saisi avec une pince hémostatique. Un drain assez volumineux est laissé à demeure, et dès le lendemain le malade entre résolument dans la voie de la guérison.

Naturellement ce fait nous frappa. Dans le cas particulier, en effet, le sujet n'avait pas perdu de sang. A peine le pus extrait par la dilatation immédiate progressive était-il légèrement strié. Nous avions évité une contre-ponction toujours douloureuse et capable de s'accompagner de tous

les accidents des plaies. La souffrance éprouvée par le malade avait été très tolérable et bien moins intense, nous affirmait-il, que celle du bistouri et de l'ouverture directe de l'abcès qu'il avait dû subir lors des deux premières poussées d'ostéite (1). Enfin, point capital, la durée de cette troisième récédive fut beaucoup moins longue que celle des précédentes. Nous nous promîmes donc de revenir sur l'étude de cette application si imprévue de la dilation immédiate progressive et de profiter de toutes les occasions que le grand mouvement du service de Saint-Louis ne pouvait manquer de nous faire retrouver.

Un nouveau cas devait bientôt se présenter.

On sait avec quel soin un certain nombre de chirurgiens, et particulièrement M. Péan et M. Le Fort, dans les amputations du sein, ménagent les voies destinées à favoriser l'écoulement des liquide pathologiques. Non seulement des orifices sont laissés aux parties inférieures de la plaie pour l'issue des tubes à drainage, mais souvent même on ponctionne la peau à la partie la plus déclive de façon que toujours le pus trouve une issue facile.

Là, en effet, bien plus assurément que dans la nature du pansement est le secret des réunions rapides dans les cas de ce genre. Que le pus ne stagne pas, et les malades guériront vite. Que si, au contraire, la fièvre persiste; que si l'état local demeure mauvais, la peau étant rouge et œdématiée, les lèvres de la plaie saillantes et boursoufflées,

(1) Le malade de cette observation, marchand de vins rue Turbigo, n'est jamais resté dans le service. Venu pour y passer deux jours au plus, le temps de se faire opérer, il a demandé sa sortie immédiate après la dilatation de son trajet et l'extraction du sequestre. Mais nous l'avons suivi jusqu'à guérison complète en lui recommandant de revenir à Saint-Louis s'il survenait le plus petit accident.

nous devons avant tout en chercher la cause dans une rétention purulente. Explorons la région mammaire et nous tarderons pas à découvrir un point plus douloureux que les autres. Pressons sur ce point et nous finirons par faire sortir une quantité de pus plus ou moins considérable.

Malheureusement les communications sont quelquefois interrompues et il ne reste plus alors qu'à pratiquer une sérieuse contre-ponction. Mais les malades très énervées par l'opération antérieure, d'ailleurs sous l'influence des douleurs de la plaie, refusent bien souvent cette seconde intervention. Elles craignent le bistouri et demandent au chirurgien de laisser évoluer leur abcès. Dans ces cas, sans condamner en principe la contre-ponction, nous pensons que la dilatation immédiate progressive peut rendre de grands services. C'est d'ailleurs ce que nous avons pu observer à la fin du même mois de juillet 1881, sur une femme du service de M. Péan, opérée depuis cinq jours. Les deux premiers, l'état général avait été excellent, puis la peau était devenue rouge, œdémateuse. Des petits frissons, des douleurs erratiques s'étaient manifestés. La langue très blanche se montrait pâteuse et adhérente à la bouche. Le thermomètre accusait 38 degrés 6 dixièmes. Nous explorons la région mammaire et nous trouvons facilement la raison de ces désordres généraux. Transversale, l'incision de la peau laisse à la partie moyenne de la région une sorte de cul-de-sac inférieur, formé par le rapprochement des lambeaux. Dans le principe, deux drains avaient été laissés dans la plaie, mais l'un de ces drains, celui qui se trouvait du côté de l'aisselle, entraîné par la pesanteur était en partie sorti et l'on n'avait pu le faire rentrer complètement dans son trajet. D'où formation d'un cul-de-sac qui ne peut être vidé qu'au moyen de pressions sérieuses et répé-

tées. Malheureusement la malade très énervée, ne se prête point à ces pressions, et le pus demeure, formant un abcès, facile à reconnaître, car la fluctuation est manifeste. On propose une ponction, mais celle-ci est refusée de la façon la plus catégorique. Devant cette résistance formelle, nous pensons à la dilatation immédiate progressive qui est acceptée. La bougie conductrice est menée sans peine jusqu'au niveau de la collection ; puis avec lenteur, et en évitant soigneusement tout frottement douloureux, nous faisons arriver dans le foyer nos deux premiers dilatateurs, soigneusement recouverts d'huile phéniquée. Un gros drain est laissé dans le trajet qui mène de la collection à la région axillaire. Le soir même, la température descend à 37°,8. Depuis ce moment la plaie n'a plus présenté de complications fâcheuses.

Nous pourrions multiplier les observations ; car suffisamment édifié par les deux résultats précédents, nous dilatons maintenant par la dilatation immédiate progressive les trajets purulents dans tous les cas où ceux-ci nous paraissent suffisants pour l'écoulement des liquides, dans les phlegmons profonds, dans les abcès d'origine osseuse, dans les abcès dits en bouton de chemise de Velpeau, etc, etc, que l'ouverture de ces collections soit spontanée et demeure trop étroite, ou bien que, faite au bistouri elle ait été négligée et ne soit pas restée assez béante. Toujours l'opération est facile et peu douloureuse ; toujours elle permet au chirurgien de donner une issue suffisante. Après le passage du second dilatateur, en effet, il peut sans peine faire arriver dans le foyer de l'abcès, les tubes de caoutchouc les plus volumineux.

Mais une fois encore, les limites assignées à ce travail ne

nous permettent pas de rapporter en détail toutes nos observations,

Qu'il nous soit permis, cependant, avant de terminer ce chapitre de rappeler un dernier fait du même ordre dans lequel la dilatation immédiate progressive nous a rendu le plus grand service.

Mme Fa... (blanchisseuse, rue de la Butte-Chaumont, n° 38) est amenée le 10 juin 1882 dans le service d'accouchements de Saint-Louis, alors sous la direction de notre maître M. Ollivier. Cette femme est entravaille depuis trente-six heures, mais la tête fœtale demeure au-dessus du détroit supérieur. Le toucher vaginal donne la raison de cet arrêt dans la marche de l'accouchement. La femme Fab... est atteinte d'un rétrécissement du bassin assez prononcé. La mensuration digitale donne seulement, en effet, pour le diamètre autéro-postérieur, la longueur de 7 centimètres et demi à 8 centimètres. Comme l'enfant vit, on tente la version, mais le fœtus meurt pendant l'opération qui ne peut être terminée qu'après la craniotomie.

Nous passons rapidement sur tous ces détails pour arriver à la partie de l'observation qui nous intéresse d'une façon plus spéciale.

La femme Fab..., quitte l'hôpital après douze jours sur sa demande et retourne dans sa famille où elle échappe à nos conseils pendant quelque temps. Naturellement elle ne tarde pas à se lever et, le 1^{er} août, nous sommes appelé pour un empatement très prononcé de la fosse iliaque droite. Sangsues, pommades résolutives, cataplasmes. La malade se trouve mieux et nous cessons de la voir. Le 20 août, nous sommes appelé de nouveau. A la suite d'autres fatigues, l'empatement de la fosse iliaque droite est reparu. Des frissons légers, l'élévation de la température, l'exage-

ration du nombre des pulsations, une douleur lancinante enfin nettement localisée nous permettent de diagnostiquer la formation d'un phlegmon. Malheureusement obligé de nous rendre en province, nous ne pouvons suivre l'évolution de l'affection.

Nous rentrons à Paris le 12 octobre et nous sommes immédiatement rappelé auprès de notre malade. Le phlegmon iliaque a suivi son cours. Un médecin de la ville en a pratiqué le drainage, mais le tube en caoutchouc forme un séton sous-cutané qui ne plonge certainement pas dans le foyer purulent. Le pouls est rapide ; il y a de la fièvre avec exacerbations vespérales. Légère diarrhée sans émission de celles purulentes ; l'appétit est nul ; plus de sommeil ; enfin l'amaigrissement est considérable. Nous explorons méthodiquement la région. Induration très prononcée au-dessus de l'arcade de Fallope et dans la fosse iliaque proprement dite. Douleur circonscrite sur un point qui présente les dimensions d'une pièce de cinq francs. Fluctuation assez difficile à percevoir au niveau du même point. Pourtant si, touchant la malade, nous portons fortement notre index dans le cul-de-sac droit qui présente également un empâtement manifeste, nous déterminons une sensation profonde de flot que perçoit la main gauche appliquée à plat sur le point douloureux.

Naturellement nous proposons l'ouverture et le drainage de la collection. La femme Fab... s'y refuse de la façon la plus absolue. Voyant sa décision bien arrêtée, nous nous contentons d'appliquer sur la région un bandage ouaté fortement compressif. Inutile d'ajouter que le tube sous-cutané a été préalablement retiré. Deux jours après, le bandage étant enlevé, nous constatons que la dépression manuelle de la région détermine l'issue d'une petite quan-

tité de pus. Des cataplasmes émollients sont prescrits et le lendemain avec notre bougie conductrice nous tentons le cathétérisme de la fistule.

L'opération est assez longue, car l'instrument s'engage continuellement dans l'ancien trajet du séton sous-cutané. A un moment pourtant et après un instant de frottement dur, nous sentons nettement la bougie arriver dans l'abcès. Le premier dilatateur est fixé, un peu malgré les protestations de la malade, et nous l'enfonçons de 9 centimètres avant de voir sortir le pus. Mais à ce moment l'instrument étant retiré, un flot considérable vient confirmer notre diagnostic de phlegmon iliaque. Le second et le troisième dilateurs sont successivement passés cette fois avec l'assentiment de Mme Fab... qui déclare l'opération peu douloureuse. Nous retirons un grand verre de liquides pathologiques. Lavages phéniqués. Drainage de la fosse iliaque. Compression ouatée.

Deux jours après cette intervention, l'appétit revient, le sommeil lui-même est plus calme. Nous ne voulons pas donner tous les détails ultérieurs de l'observation. Qu'il nous suffise de dire que la guérison définitive ne se fit pas attendre plus de trois semaines.

De ces cas dans lesquels la dilatation immédiate progressive a rendu de si grands services, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

Par la rapidité de son exécution, par sa facilité, la méthode générale du professeur Le Fort est bien supérieure à celle qui consiste à dilater les trajets pathologiques avec l'éponge préparée, avec l'ivoire privé de sels calcaires (clous de Becquerel), avec les tiges de *laminaria digita*, enfin, qui doivent être réservés pour certaines circons-

tances spéciales (dilatation du col utérin, accouchement provoqué, etc.).

On peut y avoir recours dans tous les cas de foyers purulents incomplètement ouverts.

Mais elle est particulièrement utile quand la collection est profonde, quand le trajet sinueux et étroit laisse suinter à peine quelques gouttes de pus. Dans ces derniers cas d'ailleurs, si l'on n'en demande pas l'évacuation à la dilatation immédiate, progressive, on est obligé de pratiquer directement l'ouverture de l'abcès.

DES ATRÉSIES ORGANIQUES

DANS LESQUELLES ON POURRAIT ENCORE PRATIQUER LA
DILATATION IMMÉDIATE PROGRESSIVE.

Notre travail est terminé, et comme le titre de ce chapitre l'indique, nous voulons moins dans ces lignes compléter l'étude de la méthode générale, qu'indiquer les points qui restent à expérimenter.

Nous avons encore cependant pratiqué la dilatation immédiate progressive dans une autre circonstance, pour une atrésie des orifices antérieurs du nez.

Le malade, infirmier dans le service de M. Ollivier, a vu se développer cette infirmité consécutivement à un lupus. Malheureusement, le lupus n'est pas encore suffisamment guéri, et nous ne pouvons guère agir sur l'atrésie avant l'arrêt du travail inflammatoire qu'il détermine. Néanmoins, avec l'autorisation de notre maître et en sa présence, nous avons pu, en une seule séance, sans déterminer de

ruptures, sans produire d'hémorrhagie sérieuse, agrandir considérablement l'un des deux orifices. Mais nous n'avons pas insisté, et nous nous en sommes tenu à cette première manœuvre (dont le malade demeure néanmoins satisfait), pour deux raisons principales : la première, déjà exposée, celle de la permanence de la cause déterminante de l'affection ; la seconde, parce que l'atrésie ne nous paraît pas absolument répondre aux cas qui sont justiciables de la dilatation immédiate progressive. Il faut, en effet, qu'un rétrécissement soit à la fois profondément situé, et suffisamment étendu, pour qu'il rentre plus particulièrement dans le cadre de nos opérations.

Le bistouri, en effet, et tous les instruments tranchants, demeurent alors le plus souvent impuissants, et le refoulement excentrique des parois est tout ce que l'on peut désirer de mieux. Au contraire, si l'atrésie est superficielle, si elle n'occupe, pour ainsi dire, qu'un plan, la section avec ses débridements choisis et habilement maintenus au moyen de points de suture, retrouve tous ses droits. Pour l'orifice antérieur du nez, par exemple, le résultat sera plus satisfaisant si l'on dégage l'orifice en abaissant la lèvre, et en relevant le bout de l'organe. Nous pourrions démontrer, en nous appuyant sur des considérations analogues, que notre méthode ne convient pas aux atrésies de la bouche de l'anüs, du méat uréthral, etc.

Maintenant il existe d'autres rétrécissements, que bien certainement la dilatation immédiate progressive modifierait avantageusement, mais nous n'avons pu, malgré nos investigations, arriver à en découvrir des cas.

Les atrésies vaginales, par exemple, consécutives aux accouchements trop prolongés, et que l'on observe quelquefois en même temps que les fistules vésico-vaginales et

recto-vaginales qu'elles compliquent d'une façon si fâcheuse, seraient très probablement facilement vaincues par notre méthode. En se servant de la dilatation immédiate progressive, le chirurgien arriverait ainsi à se constituer des pièces sérieuses, et donnerait à ses malades beaucoup plus de chances de succès pour les opérations des fistules elles-mêmes.

D'autre part, nous nous sommes souvent demandé si, avec des bougies conductrices, à la fois très fines et très malléables, avec des instruments métalliques et différents des nôtres, par conséquent sous bien des rapports, on ne pourrait pas arriver à agir efficacement sur certaines atrésies rebelles, sur les rétrécissements des conduits lacrymaux, par exemple, sur les atrésies de la portion cervicale de l'utérus. Il est vrai que ce dernier organe ne saurait contenir une bougie, même très maléable, mais on pourrait la faire extrêmement courte, en ne donnant aux dilatateurs eux-mêmes qu'une longueur suffisante pour que l'instrument monté ne dépasse pas le fond de l'organe.

A l'avenir de se prononcer sur ces vues trop théoriques, pour que nous nous y étendions plus longuement.

Qu'il nous suffise, quant à présent, d'avoir démontré, observations à l'appui, que la méthode du professeur Le Fort, la dilatation immédiate progressive, constitue dans des cas nombreux et bien déterminés, une méthode excellente; qu'elle se recommande par la simplicité et l'inocuité de ses procédés; enfin que par l'arsenal peu considérable quelle nécessite, elle peut rendre au praticien les plus grands services, en lui permettant d'agir lui-même, et sans aides, sur des rétrécissements absolument en dehors de son action avec les méthodes anciennes, et les procédés aussi variés que difficiles à mener à bonne fin, préconisés dans les ouvrages de thérapeutique chirurgicale.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie. — Appareil génito-urinaire.

Physiologie. — Des mouvements et des bruits du cœur.

Physique. — Usage thérapeutique des courants électriques.

Chimie. — Caractères génériques des nitrates ; préparation et propriétés.

Histoire naturelle. — Des fruits, leur structure, leur classification. Quels sont les fruits employés.

Pathologie externe. — Diagnostic et classification des calculs urinaires.

Pathologie interne. — De la syphilis congénitale.

Pathologie générale. — Des hydro-phlegmasies.

Anatomie et histologie pathologiques. — De l'hydrocéphale.

Médecine opératoire. — Des divers procédés de trachéotomie.

Pharmacologie. — Des préparations pharmaceutiques qui ont pour base les amandes douces et amères et l'acide cyanhydrique médicinal.

Thérapeutique. — Des médicaments sudorifiques.

Hygiène. — De l'établissement des voieries.

Médecine légale. — A quels signes distingue-t-on le suicide de l'homicide?

Accouchements. — Des grossesses gémellaires.

Vu: le président de la thèse,

LE FORT.

Vu et permis d'imprimer:

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GREARD.

